

Đánh giá kết quả sinh thiết hạch cửa có định hướng đồng vị phóng xạ kết hợp với chất chỉ thị màu trong phẫu thuật điều trị ung thư vú tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

Application of tumor marking technique and sentinel node biopsy in breast cancer treatment at Nghe An Oncology Hospital

Nguyễn Quang Trung, Vũ Đình Giáp

Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sinh thiết hạch cửa có định hướng đồng vị phóng xạ kết hợp với chất chỉ thị màu trong phẫu thuật điều trị ung thư vú tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp:** Từ tháng 1/2017 đến tháng 1/2018, chúng tôi tiến cứu 37 bệnh nhân carcinôm vú giai đoạn 0-I-II được sinh thiết hạch cửa và nạo hạch nách. Tất cả hạch cửa được đánh giá bằng cắt lạnh và nhuộm H&E sau mổ. Ghi nhận tỷ lệ nhận diện, âm tính giả, dương tính giả. Giá trị của thủ thuật này dựa vào độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán âm tính và độ chính xác. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 50,7 tuổi. Vị trí khối u đa số ở 1/4 trên ngoài (83,8%). Kích thước khối u trung bình 2,3cm, 70,3% số bệnh nhân ở giai đoạn IIa. Ung thư biểu mô thể ống xâm lấn chiếm tỷ lệ 89,2%, mô học độ 2 chiếm 67,5%. Tỷ lệ phát hiện hạch cửa là 97,3% trong đó 87,5% được xác định bằng có định hướng đồng vị phóng xạ kết hợp chỉ thị màu, 12,5%. Số lượng hạch cửa xác định được trung bình là $2,11 \pm 0,75$. Độ nhạy là 100%, độ đặc hiệu là 96%, giá trị dự báo dương tính là 91,7%, giá trị dự báo âm tính là 100%, độ chính xác toàn bộ là 97,2%, tỷ lệ âm tính giả là 0%, tỷ lệ dương tính giả 3,8%. Các yếu tố kích thước u, độ mô học không thấy có ảnh hưởng đến tỷ lệ phát hiện hạch cửa. **Kết luận:** Sinh thiết hạch cửa có định hướng đồng vị phóng xạ kết hợp chất chỉ thị màu là phương pháp an toàn, có độ chính xác cao. Thủ thuật này thực sự hữu ích trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm giúp bệnh nhân tránh được việc nạo vét hạch nách không cần thiết.

Từ khóa: Sinh thiết hạch cửa, nạo hạch nách.

Summary

Objective: To evaluate the application of tumor marking technique and sentinel node biopsy in breast cancer treatment at Nghe An Oncology Hospital. **Subject and method:** From January 2017 to October 2018, we prospectively conducted 37 cases early breast cancer were treated with sentinel node biopsy (SNB) followed by completion axillary lymph node dissection (ALD). All sentinel and nonsentinel nodes were examined intraoperatively with frozen section and imprint, postoperatively with H&E staining. Identification and false-negative rate were defined. The value of this procedure is based on sensitivity, specificity, negative predictive values (NPV) and the accuracy. **Result:** The mean age was 50.7.

Ngày nhận bài: 20/5/2019, ngày chấp nhận đăng: 29/5/2019

Người phản hồi: Nguyễn Quang Trung, Email: nqtrung8910@gmail.com - Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

Most tumors (83.8%) located at the upper lateral quarter. The mean diameter of tumors was 2.3cm, 70.3% patients were at stage IIa. Invasive ductal carcinoma accounted for 89.2%, histological grade 2 accounted for 67.5%. Sentinel node detection rate was 97.3%, in which 87.5% were determined by the radioactive method combined with color indicator, 12.5%. The mean number of sentinel node detected was 2.11 ± 0.75 . Sensitivity was 100%, specificity was 96%, positive predictive value was 91.7%, negative predictive value was 100%, overall accuracy value was 97.2%, false negative rate was 3.8%. Tumor diameter, histological grade did not affect the sentinel node detection rate. *Conclusion:* SNB with the radioactive method combined with color indicator is a safe and reliable technique with high accuracy in axillary staging for early breast cancer patients. This procedure is useful in early breast cancer treatment, reducing unnecessary axillary lymph node dissection for patients.

Keywords: Sentinel node biopsy (SNB), axillary lymph node dissection (ALD).

1. Đặt vấn đề

Ung thư vú (UTV) là căn bệnh hay gặp đứng hàng đầu trong số các ung thư ở nữ giới, chiếm một phần rất lớn trong gánh nặng ung thư toàn cầu: Năm 2012 trên toàn thế giới có 1.380.000 trường hợp ung thư vú mới được chẩn đoán và số trường hợp tử vong do ung thư vú là 458.400. Ung thư vú là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 5 trong số các loại ung thư, nhưng lại là căn bệnh ác tính gây ra tử vong nhiều nhất đối với phụ nữ [5].

Tình trạng di căn hạch nách là yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng bậc nhất trong ung thư vú. Mục đích của vét hạch nách trong ung thư vú bao gồm: (1) Cung cấp thông tin chính xác cho việc tiên lượng bệnh, (2) Kiểm soát bệnh tại vùng, và (3) Cung cấp căn cứ để đưa ra quyết định về điều trị bổ trợ sau phẫu thuật. Tuy nhiên, bên cạnh các vai trò quan trọng nêu trên, vét hạch nách triệt căn cũng kèm theo nhiều biến chứng trước mắt cũng như lâu dài cho người bệnh như động dịch vùng nách, loét vùng nách và mặt trong cánh tay, tê bì, liệt và phù bạch huyết. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến chứng sớm lên tới 20 - 30% và tỷ lệ biến chứng muộn lên tới 15 - 20% số bệnh nhân, điều này ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng sống của bệnh nhân sau điều trị. Do vậy khoảng gần 20 năm trở lại đây các nghiên cứu sinh thiết hạch cửa để đánh giá tình trạng di căn hạch nách trong ung thư vú được phát triển mạnh nhằm đi tới thay thế vét hạch nách

cho những ung thư vú giai đoạn sớm, điển hình là các nghiên cứu Giuliano, Krag [6], [7].

Trong những năm gần đây, nghiên cứu về ung thư vú trong nước cũng phát triển trên nhiều lĩnh vực cả về chẩn đoán lẫn điều trị, tuy nhiên các nghiên cứu về hạch cửa (HC) còn hạn chế về số lượng và các khía cạnh chuyên sâu. Bệnh viện Ung bướu Nghệ An là cơ sở chuyên sâu trong điều trị ung thư của khu vực Bắc Trung bộ, bắt kịp xu thế phát triển kỹ thuật cao trong điều trị ung thư, bệnh viện đã và đang ứng dụng kỹ thuật hiện hình và sinh thiết hạch cửa (STHC) trong điều trị bệnh nhân ung thư vú. Do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài với 2 mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của bệnh nhân ung thư vú thuộc nhóm nghiên cứu. Kết quả xác định hạch cửa bằng được chất phóng xạ ^{99m}Tc phối hợp chất chỉ thị màu trong mổ.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định UTV, đánh giá giai đoạn lâm sàng T_{1, 2, 3}, N₀ theo phân loại của UICC 2002. Đối với những trường hợp có hạch nách nghi ngờ di căn trên lâm sàng sẽ được chỉ định làm xét nghiệm tế bào bằng chọc hút kim nhỏ trước, nếu kết quả âm tính sẽ được lựa chọn vào nghiên cứu.

Có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh sau mổ đối với u và hạch, khẳng định ung thư biểu mô tuyến vú.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2. Phương pháp

Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp lâm sàng.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Có 37 bệnh nhân được chọn từ tháng 1/2017 đến tháng 1/2018.

Quy trình kỹ thuật

Sử dụng phương pháp hiện hình bằng xanh methylen phối hợp đồng vị phóng xạ.

Chuẩn bị:

Bệnh nhân:

Được giải thích rõ về phương pháp STHC: Bao gồm lợi ích và quy trình thực hiện.

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa, nách bên phẫu thuật dạng vuông góc với cơ thể.

Trang thiết bị:

Dược chất phóng xạ: Technetium-99m gắn với Human Serum Albumin

Chất chỉ thị màu: Xanh methylen dạng tiêm ống 5ml.

Đầu dò gamma: Gamma Probe (Đức).

Máy Gamma camera sử dụng collimator năng lượng thấp, độ phân giải cao.

Các bước tiến hành kỹ thuật:

Bệnh nhân được tiêm dược chất phóng xạ trước phẫu thuật 12 tiếng.

Chụp nhấp nháy trên máy xạ hình đánh dấu vị trí và số lượng hạch cửa.

Được tiêm chất chỉ thị màu 4 điểm trong da quang quàng vú hoặc quanh khối u, mát xa nhẹ nhàng vú trong 5 phút.

Dùng đầu dò gamma xác định lại vị trí hạch cửa, xác định vị trí rạch da lấy hạch. Phẫu tích hạch theo đường dẫn của chất chỉ thị màu và đầu dò gamma.

Hạch lấy ra được gửi là sinh thiết cắt lạnh tức thì để xác định hướng phẫu thuật tiếp. Nếu hạch cửa ác tính sẽ vét hạch triệt căn. Nếu hạch cửa lành tính thì chỉ tiến hành cắt tuyến vú.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được thu thập theo mẫu định sẵn, xử lý số liệu bằng các thuật toán thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Mức ý nghĩa thống kê được xác lập khi $p < 0,05$.

		Hạch cửa thường quy		Tổng số
		Di căn	Không di căn	
Hạch cửa GPB tức thì	Di căn	a	b	a + b
	Không di căn	c	d	c + d
Tổng số		a + c	b + d	a + b + c + d

Tỷ lệ âm tính giả = c , tỷ lệ dương tính giả = b . Độ nhạy = $a/(a + c)$, độ đặc hiệu = $d/(b + d)$. Giá trị dự báo âm tính = $d/(c + d)$, giá trị dự báo dương tính = $(a + c)/(a + b)$. Độ chính xác = $(a + d)/(a + b + c + d)$.

3. Kết quả

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học

Độ tuổi trung bình bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là $50,7 \pm 9,1$ năm, trong đó trẻ nhất là 38 tuổi và lớn tuổi nhất là 77 tuổi.

Vị trí của khối u vú

Bảng 1. Vị trí khối u trên vú

Vị trí khối u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Trung tâm	0	0
1/4 trên ngoài	31	83,8

1/4 dưới ngoài	4	10,8
1/4 trên trong	2	5,4
1/4 dưới trong	0	0
Cộng	37	100,0

Nhận xét: Vị trí khối u ở vị trí 1/4 trên ngoài chiếm tỷ lệ cao nhất là 83,8%.

Kích thước khối u trung bình là $2,3 \pm 6,4$ cm. Kích thước u nhỏ nhất 1,1cm và lớn nhất là 4,1cm. Trong đó có 26 bệnh nhân xếp giai đoạn T₂ chiếm 70,3%, T₁ có 11 bệnh nhân chiếm 29,7%.

Giai đoạn bệnh trước mổ theo AJCC 2009

Bảng 2. Giai đoạn bệnh trước mổ theo AJCC 2009

Giai đoạn trước mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
I	11	29,7
Ila	26	70,3
Cộng	37	100,0

Nhận xét: Đa phần các bệnh nhân trước mổ ở giai đoạn Ila.

Kết quả mô bệnh học

Bảng 3. Thể và độ mô bệnh học

Thể bệnh học	Số lượng	Tỷ lệ %
Thể ống xâm nhập	33	89,2
Thể ống tại chỗ	1	2,7
Thể khác	3	8,1
Cộng	83	100,0
Độ mô bệnh học		
1	7	18,9
2	25	67,6
3	5	23,5
Cộng	37	100,0

Nhận xét: Ung thư biểu mô thể ống xâm nhập là thể mô bệnh học hay gặp nhất, ngoài ra còn gặp thể tuyến nhầy, thể tủy nhưng tỷ lệ thấp. Đa phần bệnh nhân có độ mô học 2.

Giai đoạn bệnh sau mổ

Bảng 4. Giai đoạn bệnh sau mổ

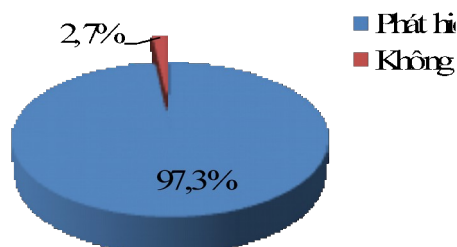
Giai đoạn sau mổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
I	10	27,1
Ila	15	40,5
IIb	12	32,4

Cộng	37	100,0
-------------	-----------	--------------

Nhận xét: Giai đoạn bệnh sau mổ chiếm tỷ lệ cao nhất là IIa chiếm 40,5%, tiếp theo là IIb.

3.2. Kết quả xác định hạch cửa bằng dược chất phóng xạ ^{99m}Tc và chất chỉ thị màu trong mổ

Tỷ lệ phát hiện hạch cửa



Biểu đồ 1. Tỷ lệ phát hiện hạch cửa

Nhận xét: Tỷ lệ sinh thiết hạch cửa thành công đạt 97,3%, chỉ có một trường hợp thất bại là không tìm thấy hạch cửa.

Phương pháp phát hiện hạch cửa

Bảng 5. Phương pháp phát hiện hạch cửa

Phương pháp sinh thiết HC	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dược chất PX	5	13,5
Dược chất PX + Chỉ thị màu	32	86,5
Cộng	37	100,0

Nhận xét: Trong nghiên cứu đa phần sử dụng phương pháp kết hợp dược chất phóng xạ, đầu dò gamma probe với chỉ thị màu.

Số lượng hạch cửa phát hiện trong mổ

Bảng 6. Số hạch cửa phát hiện trong mổ

Số hạch	Số lượng	Tỷ lệ %
1	7	18,9
2	19	51,4
3	9	24,3
> 3 hạch	1	2,7
Không phát hiện được	1	2,7
Cộng	37	100,0
Trung bình	$2,11 \pm 0,75 (1-4)$	

Nhận xét: Số lượng hạch cửa trung bình phát hiện được là 2,11, trong đó chủ yếu là 2 hạch chiếm 51,4%.

Kết quả các chỉ số đánh giá

Bảng 7. Kết quả các chỉ số đánh giá

		GPB nhuộm HE hạch cửa		Tổng số
		Di căn	Không di căn	
STTT	Di căn	11	1	12

Hạch cửa	Không di căn	0	24	24
Tổng số		11	25	36

Độ nhạy = 100%.

Độ đặc hiệu = 96%.

Giá trị dự báo dương tính = 91,7%.

Giá trị dự báo âm tính = 100%.

Độ chính xác toàn bộ = 97,2%.

Tỷ lệ âm tính giả = 0%.

Tỷ lệ dương tính giả = 3,8%.

3.3. Đánh giá sự liên quan giữa các yếu tố với tỷ lệ phát hiện và vai trò của sinh thiết hạch cửa

Các yếu tố liên quan với tỷ lệ phát hiện hạch cửa

Bảng 8. Liên quan tỷ lệ hạch cửa với kích thước u

		Kết quả phát hiện hạch cửa		Tổng	p=0,351
		Thất bại	Thành công		
Kích thước u	≤ 2cm	1 (7,7%)	12 (92,3%)	13 (100%)	
	> 2cm	0 (0%)	24 (100%)	24 (100%)	
		1 (2,7%)	36 (97,3%)	37 (100%)	

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện hạch cửa thành công của nhóm có khối u > 2cm là 100%, còn nhóm có khối u ≤ 2cm là 92,3%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 9. Liên quan tỷ lệ phát hiện hạch cửa với độ mô học

		Kết quả phát hiện hạch cửa		Tổng	p=0,865
		Thất bại	Thành công		
Độ mô học	Độ thấp và trung bình	1 (3,1%)	31 (96,9%)	13 (100%)	
	Độ cao	0 (0%)	5 (100%)	24 (100%)	
		1 (2,7%)	36 (97,3%)	37 (100%)	

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện hạch cửa thành công của nhóm có độ mô học cao là 100%, còn nhóm độ mô học thấp và trung bình là 96,9%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả theo dõi dẫn lưu hố nách hậu phẫu của 2 nhóm vết hạch và không vết hạch

Bảng 10. Số ngày dẫn lưu hố nách hậu phẫu

	Phương pháp phẫu thuật	Số BN	Giá trị trung bình	p=0,000
Thời gian dẫn lưu	Vết hạch nách	13	8,84 ± 0,52	
	Chỉ lấy hạch cửa	24	6,33 ± 0,26	

Nhận xét: Thời gian dẫn lưu hố nách của nhóm vết hạch nách cao hơn nhóm chỉ lấy hạch gác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

4. Bàn luận

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học

Tuổi: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 50,7 năm. So với các nghiên cứu trong nước có kết quả tương tự. Nghiên cứu của Vũ Kiên

2015 là 50,6 năm, so với các nghiên cứu nước ngoài thì trẻ hơn.

Vị trí khối u vú qua khám lâm sàng

Về vị trí u chúng tôi thấy bệnh nhân chủ yếu có u ở 1/4 trên ngoài chiếm 83,8%, các vị trí khác có tỷ lệ gặp ít hơn. Tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước như: Lê Hồng Quang (2012) vị trí hay gặp nhất là u ở 1/4 trên ngoài chiếm tỷ lệ 51,2%. Theo Trần Tứ Quý u ở vị trí 1/4 trên ngoài là 52,6%. McMasters và cộng sự nghiên cứu 2.148 bệnh nhân cũng cho thấy u ở vị trí 1/4 trên ngoài chiếm tỷ lệ 51,0% [2], [3].

Kích thước khối u

Cũng giống với các nghiên cứu của một số tác giả khác trong nước, trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước trung bình của khối u là 2,3cm và có 70,9% xếp T₂. Nghiên cứu của Trần Văn Thiệp và cộng sự (2010) là 2,2cm và có 36,5% xếp T₂ [3].

Giai đoạn bệnh trước mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu là giai đoạn IIa chiếm tỷ lệ 70,3%, giai đoạn I chiếm tỷ lệ 29,7% theo phân loại AJCC 2009. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Vũ Kiên là 79,3% [4].

Kết quả mô bệnh học (nhuộm HE)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư biểu mô thể ống xâm nhập chiếm đa số với tỷ lệ 89,2%. So sánh với các tác giả trong nước: Nguyễn Đăng Đức (1997) báo cáo tỷ lệ ung thư biểu mô thể ống xâm nhập là 75,72%, Âu Nguyệt Diệu (2009) tỷ lệ thể ống xâm lấn là 88,1%, William DJ và cộng sự (2009) tỷ lệ thể ống là 91% tại nhóm bệnh nhân ung thư vú người Việt Nam, Lê hồng Quang (2012) tỷ lệ thể ống xâm lấn là 69,4%. Vũ Kiên (2015) là 71,6%.

Về xếp độ mô học thì độ 2 chiếm đa số với tỷ lệ 67,6%, độ 3 là 23,5%. Tương đồng với Trần Văn Thiệp (2010) độ 2 là 70,3%. Trong nghiên cứu của Lê Hồng Quang (2010) thấy độ 3 là 22,6%. Đây là 2 đặc điểm quan trọng phản ánh độ ác tính của khối u và ái tính với di căn hạch, các đặc tính này được nhiều tác giả quan tâm đề cập trong các phân tích về sinh thiết hạch cửa.

4.2. Kết quả xác định hạch có định hướng bằng đồng vị phóng xạ và chất chỉ thị màu

Tỷ lệ xác định hạch cửa

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả xác định hạch cửa thành công là 97,3%. Trong đó có 5 trường hợp là dùng đồng vị phóng xạ đơn độc và 32 trường hợp dùng đồng vị phóng xạ kết hợp chất chỉ thị màu. So sánh với các báo cáo của tác giả nước ngoài khác có tỷ lệ phát hiện hạch cửa tương tự. Nghiên cứu của Vũ Kiên là 98,3% và nghiên cứu của Lê Hồng Quang là 98,2%.

Việc phát hiện được hạch cửa có ý nghĩa rất quan trọng trong toàn bộ quy trình nghiên cứu và thực hành. Theo nhiều tác giả, chính sự thành thực về kỹ thuật quan trọng hơn là việc lựa chọn kỹ thuật hiện hình và để đạt được sự thành thực về kỹ thuật, phẫu thuật viên cần trải qua một giai đoạn làm quen với kỹ thuật (learning curve) với số lượng cần làm là 20 - 30 trường hợp, trong giai đoạn này phẫu thuật viên được yêu cầu nạo vét hạch nách tiêu chuẩn sau khi tiến hành sinh thiết hạch cửa để tránh cho người bệnh khỏi những nguy cơ do sai sót trong sinh thiết hạch cửa mang lại.

Số lượng hạch cửa phát hiện được

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có số lượng hạch cửa trung bình là $2,11 \pm 0,75$ (dao động từ 1 đến 4 hạch). Kết quả này cũng tương tự với các kết quả đã công bố của các tác giả trong và ngoài nước. Trần Văn Thiệp (2010) là $2,5 \pm 0,8$, Lê Hồng Quang (2012) là $1,53 \pm 0,77$. Choi (2003) báo cáo kết quả với số hạch cửa trung bình lấy được ở mỗi bệnh nhân là 2,7. Kết quả của Snider (1998) là 2,2 hạch, Giuliano (1997) là 1,8 hạch và Veronesi (1997) là 1,4 hạch.

Kết quả xét nghiệm sinh thiết tức thì bằng cấy lạnh đối với hạch cửa

Kết quả sinh thiết tức thì hạch cửa dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 44%. Hầu hết các nghiên cứu đều được thực hiện trên các bệnh nhân T₁, T₂, chưa có di căn hạch nách theo đánh giá lâm sàng, siêu âm và xét nghiệm tế bào hạch nách, các kết quả công bố về di căn hạch cửa qua xét nghiệm

sinh thiết tức thì cũng thay đổi tùy theo tác giả: Trần Văn Thiệp (2010) báo cáo kết quả sinh thiết tức thì dương tính là 7,1% trong số 70 bệnh nhân T₁₋₂, Lê Hồng Quang tỷ lệ di căn hạch cửa qua xét nghiệm sinh thiết tức thì là 32,7% (55/168).

Theo Francissen (2013), tỷ lệ sinh thiết tức thì âm tính là 87,3% nghĩa là tỷ lệ dương tính của STT = 12,7%. Theo Yamanda (2012), tỷ lệ sinh thiết tức thì dương tính là 158/753 bệnh nhân = 21%. Theo Veronesi (1999), trong số 192 bệnh nhân được kiểm tra trong cuộc phẫu thuật bởi sinh thiết tức thì thông thường, 55 bệnh nhân là dương tính = 28,7%.

So sánh độ phù hợp trong phát hiện hạch cửa giữa cắt lạnh với nhuộm HE

GPB bằng nhuộm HE chính là xét nghiệm kiểm định lại giá trị của sinh thiết tức thì bằng cắt lạnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 10), thấy trong so sánh về tỷ lệ chẩn đoán đúng giữa sinh thiết tức thì và GPB bằng nhuộm HE về hạch viêm là 24/25 bệnh nhân = (96%), chỉ có 1 trường hợp sinh thiết tức thì dương tính giả (3,8%). Tỷ lệ chẩn đoán đúng giữa sinh thiết tức thì và HE về hạch di căn là 11/11 bệnh nhân = (100%). Như vậy, mức độ phù hợp giữa sinh thiết tức thì và GPB bằng nhuộm HE thường quy có độ phù hợp rất cao gần như tuyệt đối.

Kết quả các chỉ số đánh giá

Đối chiếu giữa kết quả sinh thiết tức thì hạch cửa với GPB bằng nhuộm HE (tiêu chuẩn), kết quả các chỉ số đánh giá của chúng tôi như sau: Độ nhạy là 100%, độ đặc hiệu là 96%, giá trị dự báo dương tính là 91,7%, giá trị dự báo âm tính là 100%, độ chính xác toàn bộ là 97,2%, tỷ lệ âm tính giả là 0%, tỷ lệ dương tính giả 3,8%. Các kết quả này rất tương đồng với nghiên cứu của Vũ Kiên (2015): Độ nhạy là 100%, độ đặc hiệu là 98,7%, giá trị dự báo dương tính là 97,3%, giá trị dự báo âm tính là 100%, độ chính xác toàn bộ là 99,1%, tỷ lệ âm tính giả là 0%; tỷ lệ dương tính giả 1,3%. Với bệnh nhân có hạch cửa âm tính và không vét hạch: Nhiều báo cáo đã ghi nhận tỷ lệ tái phát là 0% với thời gian theo dõi 36 tháng. Giuliano (2000) theo dõi 39 tháng trên 67

bệnh nhân hạch cửa viêm không vét hạch, ($T < 4\text{cm}$) tỷ lệ tái phát = 0, hay tại báo cáo của Reitsamer (2004) trên 200 bệnh nhân cũng tương tự. Veronesi (2005) nghiên cứu 953 bệnh nhân với T₁ sau 38 tháng theo dõi có 0,3% tái phát. Tại nghiên cứu của Naik ở 2.340 bệnh nhân sinh thiết hạch cửa đơn thuần có tái phát = 0,12% (tại tháng 18,5, 29, 38).

Liên quan giữa kích thước u với kết quả phát hiện hạch cửa

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở nhóm kích thước $u \leq 2\text{cm}$ có hạch cửa là 92,3%; của nhóm có $u > 2\text{cm}$ là 100%, tuy nhiên $p=0,351$ không có ý nghĩa thống kê. Như vậy đối với $u < 5\text{cm}$ sinh thiết hạch cửa không ảnh hưởng đến tỷ lệ xác định hạch cửa, mà sự lựa chọn sẽ hướng về nhóm bệnh nhân có tỷ lệ di căn hạch nách thấp. Sự lựa chọn của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả trong và ngoài nước.

Liên quan giữa loại mô học đến tỷ lệ phát hiện hạch cửa

Kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy rằng không có sự khác biệt về tỷ lệ phát hiện hạch cửa giữa nhóm độ mô học cao với nhóm thấp và trung bình. Vấn đề này chúng tôi đưa ra với hy vọng có sự khác biệt nào không nhưng với số lượng bệnh nhân còn nhỏ thì đây là một điều khó đánh giá.

5. Kết luận

STHC có định hướng đồng vị phóng xạ kết hợp chất chỉ thị màu là phương pháp an toàn, có độ chính xác cao. Thủ thuật này thực sự hữu ích trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm giúp bệnh nhân tránh được việc nạo vét hạch nách không cần thiết.

Việc xếp giai đoạn ung thư vú sớm nhờ vào sinh thiết hạch cửa sẽ giúp ích rất nhiều cho phẫu thuật viên quyết định việc có phối hợp tái tạo vú một thì hay không đối với bệnh nhân UTV giai đoạn sớm.

Tài liệu tham khảo

1. Lê Hồng Quang (2012) *Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật hiện hình và sinh thiết hạch cửa trong đánh giá tình trạng di căn hạch nách ở bệnh nhân ung*

- thư vú. Luận án Tiến sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
2. Trần Tứ Quý (2009) *Nghiên cứu tình trạng di căn hạch gác trong ung thư vú giai đoạn I-IIA*. Luận án Chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Huế.
 3. Trần Văn Thiệp, Trương Văn Trường, Huỳnh Hồng Hạnh và cộng sự (2010) *Sinh thiết hạch lymphatic trong carcinoma vú giai đoạn sớm 0-I-II*. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, Phụ bản tập 14, Số 4, tr. 441-452.
 4. Vũ Kiên (2015) *Nghiên cứu tình trạng di căn hạch gác bằng dược chất phóng xạ làm cơ sở xác định phương pháp phẫu thuật ung thư vú giai đoạn I, IIA*. Luận án Tiến sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
 5. Ferlay J, Shin HR, Bray F et al (2010) *Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008*. Int J Cancer 127: 2893-2917.
 6. Giuliano AE, Kirgan DM, Guenther DM et al (1994) *Lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy for breast cancer*. Ann Surg 220: 391-401.
 7. Krag DN, Anderson SJ, Julian TB et al (2010) *Sentinel-lymph-node resection compared with conventional axillary-lymph-node dissection in clinically node-negative patients with breast cancer: overall survival findings from the NSABP B-32 randomised phase 3 trial*. The Lancet Oncology 11: 927-933.